

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE ^{N^o} **188**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. J.-B. BERNIER

Né à La Croix-Avranchin (Manche), le 20 Novembre 1886

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

DILATATION AIGUE POSTOPÉRATOIRE
DE L'ESTOMAC

Président : M. Paul SEGOND, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE A. CORPS
25, Rue Gay-Lussac

188

THÈSE

pour le

Doctorat en Médecine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. J.-B. BERNIER

Né à La Croix-Avranchin (Manche), le 20 Novembre 1886

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

DILATATION AIGUE POSTOPÉRATOIRE

DE L'ESTOMAC

Président : M. Paul SEGOND, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE A. CORPS

25, Rue Gay-Lussac

Le Doyen : M. LANDOUZY

Professeurs : MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ADHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	N...
Histologie	P. MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des mala- dies de l'encéphale	G. BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux....	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAI
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (André)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (Andr)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (Marcel)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAINEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père
et de ma Grand'Mère

A ma Mère

A mon Frère - A ma Sœur

A mes Parents - A mes Amis

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Dilatation aigüe Postopératoire

de l'Estomac

INTRODUCTION

Pendant l'année où nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Le Moniet, nous avons eu l'occasion d'observer un cas mortel de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. Cette observation nous a amené à étudier cette grave complication et nous avons été très étonné de la voir passéesous silence dans tous les traités classiques. C'est alors que, suivant les conseils de M. Le Moniet et de M. Hardouin, nous avons lu l'article de M. Lecène et la thèse de Beaurain.

Sept autres cas ont été observés depuis par les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Rennes; nous avons cru faire œuvre utile en relatant ces huit observations et en contribuant pour notre part à étudier la question telle qu'elle se pose aujourd'hui.

Mais avant d'aborder notre sujet, il nous reste un doux devoir à remplir. Nous tenons à remercier les excellents maîtres qui, avec un zèle inlassable, ont présidé à notre formation médicale à l'école de Rennes.

Nous avons débuté comme stagiaire dans le service de M. Le Moniet, qui nous fit ensuite l'honneur de nous accepter d'abord comme externe, puis comme interne. Pendant les trois années que nous avons passées près de ce maître quelquefois un peu sévère, mais toujours bienveillant, nous apprîmes à nous orienter peu à peu dans les difficultés du diagnostic et de la pratique chirurgicale. Sa grande bonté pour nous restera gravée dans notre mémoire au même titre que le savoir du chirurgien et l'habileté de l'opérateur. C'est à lui, ainsi qu'à M. Hardouin que nous devons le sujet de notre

travail et les conseils nécessaires pour le mener à bonne fin.

Monsieur le professeur Assicot voulut bien nous recevoir en seconde année d'internat dans son service d'Ophtalmologie, et nous initia à l'étude si délicate parfois des affections oculaires : nous lui en témoignons notre sincère reconnaissance. (1)

(1) M. le Professeur Dayot a eu l'obligeance de nous communiquer quelques observations personnelles ; nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

MM. les professeurs Perrin de la Touche, L'Huissier, Lautier, Véron, Bodin, Lefeuvre, Hardouin, Marquis, Chevrel, Le Damany, Millardet, nous ont tous témoigné la plus grande bienveillance ; nous sommes heureux de leur exprimer à tous le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

M. le profeseur Segond, nous fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac a été longtemps méconnue, et pendant de nombreuses années, les accidents qu'elle provoque, ont été confondus parmi ceux des septicémies péritonéales, des occlusions intestinales et des vomissements post-anesthésiques. Les premières observations nous viennent d'Allemagne et d'Amérique. (Kundrat, 1891. Schnitzler, 1895. Robinson, 1900.) En France, le premier travail important est celui de Reynier, qui, au Congrès de Chirurgie de 1903, attira l'attention sur les accidents des « paralysies stomacales aiguës post-opératoires. » Avant lui, Morris, Gross, Thiébault, Petit, Philippe, relatent des observations où l'occlusion duodénale post-opératoire paraît être une simple variété étiologique de la dilatation aiguë.

En 1905, Chavannaz rapporta deux cas personnels à la Société de Chirurgie et fit ainsi naître une discussion mémorable à laquelle prirent part : Reynier, Routier, Walther, Pierre Delbet, Ferrier, Quenu, Moty, Hartmann, Tuffier, et dont M. Lecène dit : « aucun des orateurs ne paraissait connaître l'existence de l'occlusion duodénale qui complique et aggrave considérablement la dilatation aiguë de l'estomac. »

C'est à Morichau-Beauchant (1907) et à Lecène (1908), que reviennent en France l'honneur et le mérite d'avoir bien individualisé cette forme de dilatation de l'estomac. Beaurain dans une thèse très documentée, parue en 1908, réunit 21 cas d'oc-

clusion duodénale aiguë post-opératoire. A la suite de ces travaux, plusieurs chirurgiens français se sont occupés de la question, et au cours de notre travail, nous aurons l'occasion de revenir sur ces travaux récents.

ETIOLOGIE

« La dilatation aiguë ne reconnaît pas de causes bien déterminées. Ni dans la nature de l'opération, ni dans les circonstances qui l'entourent, ni dans les conditions de terrain de l'opéré, on ne peut rien dégager qui d'une façon absolue la fasse prévoir. Néanmoins quelques notions tirées de l'étude de ces trois éléments peuvent être d'une certaine utilité.

Longtemps on a cru que ces accidents ne se voyaient qu'après l'opération péritonéale : interventions sur l'estomac, l'intestin, l'appendice, les voies biliaires, sur l'utérus et les annexes par voie abdominale, cures radicales de hernies. Mais Leguen, Chavannaz, en 1905, en rapportent des cas survenus après des interventions extra-péritonéales sur le rein. Borchardt, Reynier, Reverdin, signalent des faits analogues. Morris aurait même observé un cas de paralysie stomacale mortelle à la suite de l'ouverture d'une tibio-tarsienne et en Allemagne un cas aurait été consécutif à la pose d'un simple corset de Sayre. D'autres cas encore concernent une intervention pour genu-valgum (Schnitzler), pour cancer du sein (Albrecht). Si l'on tenait compte de tous ces faits qui, cependant n'enfreint peut-être pas tous, après analyse attentive, dans le cadre de la dilatation aiguë, on trouverait, dit Mercadé, dans près de la moitié des cas, une opération extra-péritonéale à l'origine de la complication qui nous occupe.

« Le mode d'anesthésie employé ne semble pas non plus avoir une influence nettement établie. Dans plusieurs cas, aucun anesthésique n'a été employé. Souvent on a pratiqué l'anesthésie par voie

rachidienne, ou l'anesthésie à la cocaïne ou stovaïne locale, c'est-à-dire ne provoquant qu'une absorption minime de substance toxique. Enfin, si l'on consulte les cas où le malade avait été endormi, il ne semble pas qu'on doive incriminer d'une façon plus particulière, soit l'éther, soit le chloroforme.

« Les auteurs ne mentionnent pas l'emploi préalable d'injections de scopolamine-morphine.

« D'autre part les observations ne signalent pas que l'anesthésie ait été spécialement laborieuse, nécessitant de fortes doses d'anesthésique, ou marquée par des incidents tels que vomissements abondants, syncopes, etc...

L'âge ni le sexe ne paraissent avoir de rôle important. Les femmes seraient un peu plus souvent atteintes. Reynier note la plus grande fréquence chez les sujets nerveux, et en outre chez les ptosiques à parois flasques.

« Ce qui est peut-être plus intéressant, ce sont les troubles gastriques que l'on voit assez souvent relatés dans les antécédents de ces malades, indiquant une susceptibilité plus grande de l'estomac : ils étaient déjà des dyspeptiques, des hyperchlorhydriques, des aérophagiques.

« Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'il existe certaines conditions de terrain favorables à son éclosion, car on signale des cas de récurrence de dilatation aiguë, survenant chez un même sujet à l'occasion de deux interventions d'ordre différent à plusieurs années d'intervalle (Payer).

« On devra donc plus particulièrement surveiller les suites opératoires chez ces malades, et surtout éviter une reprise trop précoce de l'alimentation qui a pu être le signal des accidents. » (57)

PATHOGÉNIE

L'étiologie étant incertaine, les théories pathogéniques sont naturellement nombreuses.

I. — THÉORIE DE L'OCCLUSION DUODÉNALE PRIMITIVE. — Albrecht, à la suite d'expériences célèbres (voir plus loin) Baümker, Kundrat, Landeau, Dévé, Beaurain, etc... prétendent que le mécanisme est le suivant :

1) *Une cause quelconque attire fortement en bas le mésentère.* — 2) *Le duodénum pris au niveau de sa troisième portion dans l'angle aortico-mésentérique est aplati par l'artère mésentérique qui se tend comme une corde.* — 3) *Le duodénum d'abord au-dessus de l'obstacle, puis l'estomac se dilatent progressivement. Ainsi se constitue le syndrome d'occlusion duodéno-gastrique.*

D'après les partisans de cette théorie, une traction de 500 à 800 grammes, c'est-à-dire la traction du poids normal de l'intestin, suffirait pour oblitérer la lumière du duodénum. Ils invoquent ce fait que, après l'ablation de grosses tumeurs abdominales, ou après le cathétérisme de la vessie distendue (Beaurain), l'intestin n'est plus soutenu par la tonicité des parois abdominales.

II. — THÉORIE DE LA DILATATION GASTRIQUE PRIMITIVE. — Von Herff, Stiéda, Reynier, Borchardt, Lecène, Lardennois, Lenormand, Hardouin (de Rennes), etc., et la plupart des chirurgiens modernes admettent la *dilatation primitive de l'es-*

tomac, le refoulement de l'intestin vers le pelvis par cet estomac dilaté, et en dernier lieu la traction exercée sur le mésentère par l'intestin refoulé.

Trois cas de Conner rapportés par Beaurain (45), viennent démontrer cette théorie : « Dans trois cas, l'occlusion semblait due presque entièrement à la pesée de l'estomac distendu sur l'extrémité du duodénum, car lorsque l'on eut relevé l'estomac, le courant d'eau ne rencontra plus de résistance pour passer dans l'intestin *malgré un poids de 500 grammes ou même de 1 kilog, attaché au mésentère.*

Si les auteurs précédents sont unanimes à reconnaître la dilatation gastrique primitive, ils sont loin d'être d'accord pour expliquer les causes de cette dilatation et alors ils émettent diverses théories :

a) *Théorie aérophagique.* (Tissier, Lardennois-Mathieu). « Les malades éprouvent des malaises après une ingestion alimentaire trop copieuse; ils présentent des accidents d'aérophagie comme nous en constatons chez les dyspeptiques des divers ordres. Lorsque leur estomac se distend, ils essayent de lutter contre le malaise qu'ils éprouvent en s'efforçant de rejeter les gaz contenus dans cet organe. Ces efforts les amènent précisément à avaler une quantité d'air plus considérable encore. Ils sont entrés dans le cercle vicieux de l'aérophagie automatique. »

b) *Théorie nerveuse.* Reynier, Legueu, Lecène, se basent sur les expériences de Stida, Braun et Seidel qui montrent l'estomac se dilatant à la suite de la section de la moëlle au-dessous de la dernière cervicale, ou de la section du pneumogastrique et

des splanchniques. Ils prétendent que la plupart des malades chez qui ils ont observé la dilatation aiguë, étaient des nerveux spécialement prédisposés aux actes inhibitoires. Ils admettent un réflexe dont le point de départ serait le plexus solaire, et qui retentirait sur l'innervation motrice de l'estomac.

c) *Théorie de l'intoxication.* — Les différents anesthésiques ont été surtout incriminés. Le chloroforme aurait une action particulièrement importante.

d) *Théorie de l'infection.* — « Walther, Terrier, Routier, Quenu admettent qu'il s'agit toujours d'infection. » La dilatation gastrique serait un fait banal analogue à celui de la paralysie intestinale dans les péritonites. C'est le plus souvent « une péritonite atténuée surtout dans sa forme de septicémie péritonéale qu'il faut incriminer, mais parfois une péritonite localisée de la région gastroduodénale consécutive à une intervention sur les voies biliaires ou l'estomac. »

Aucune de ces hypothèses ne nous satisfait complètement en répondant à tous les cas observés par nous. Nous n'avons observé qu'une fois et encore, à l'état d'ébauche (Obs. I) le tableau de l'aérophagie. La théorie infectieuse et la théorie nerveuse n'expliquent guère les cas survenant à la suite d'ablation du sein pour cancer, de résection de la hanche, d'un grattage pour tuberculose de l'astragale, etc... Quant à l'influence du chloroforme, il suffit de dire qu'on a vu évoluer des dilatations aiguës après des opérations sans anesthésiques.

Il est possible que les différentes causes invo-

quées viennent tour à tour ou simultanément causer les accidents que nous étudions. — Toutefois nous dirons que, d'après ses observations personnelles, notre maître, M. Le Moniet, pense que l'influence nerveuse est prédominante.

Si le mécanisme de la dilatation aiguë est complexe, celui des accidents qu'elle entraîne quelquefois d'une façon si rapide ne l'est pas moins. Toutefois, en nous appuyant sur les expériences de Reynier (1903) puis sur celles de Roger (1907) nous pouvons affirmer qu'il y a là deux causes prépondérantes :

a) *La Distension gastrique*, b) *l'intoxication duodénale*.

a) *Reynier* (12) distend chez le chien l'estomac ligaturé au niveau du cardia et du pylore. Il voit s'abaisser considérablement la tension artérielle et une syncope se produire. Seule, l'évacuation rapide de l'estomac fait revivre l'animal.

b) *Roger* (71) montre l'intoxication rapide de l'organisme due à la résorption massive des poisons endogènes, poisons qui sont produits par la paroi intestinale elle-même surtout au niveau du duodénum, et qui normalement sont neutralisés par leur passage à travers l'intestin. Ce serait la résorption de ces produits toxiques qui expliquerait la gravité de toutes les occlusions haut situées.

Si l'on ajoute à la distension gastrique et à l'intoxication duodénale l'influence du choc opératoire et des anesthésiques, on comprend que les accidents puissent devenir rapidement mortels.

ÉTUDE CLINIQUE

DÉBUT. — Généralement, le début est insidieux. Le premier symptôme, en effet, est trop banal pour mettre notre attention en éveil : c'est le *vomissement* que nous avons l'habitude d'observer chez 80 pour 100 des malades ayant subi l'anesthésie chloroformique. Il faudra donc se méfier de ces vomissements post-anesthésiques, s'en méfier toujours et s'en méfier surtout quand ils n'ont pas cessé au bout de 24 heures ou quand ils reprennent après une phase d'arrêt. Cette phase d'arrêt peut être plus ou moins grande, varie entre « deux et sept jours » (Bloch et Ramadier). Toutefois, il faut savoir que le vomissement peut manquer, et que les accidents débutent quelquefois très tard, « au lever du malade » (Obs. de Petit).

ÉTAT. — Les symptômes révèlent l'occlusion intestinale haut située, et avec M. Lecène, nous pouvons les classer, comme il suit, par ordre d'importance :

« *Vomissements et collapsus rapide; distension abdominale; soif intense, rareté des urines, ou même anurie complète, enfin, mais au second plan, arrêt de l'émission par l'anus des matières et des gaz.* » Un symptôme très important pour M. Lardennois (de Reims) doit être ajouté, c'est l'*aérophagie*.

a) VOMISSEMENTS présentent un certain nombre de caractères distinctifs.

« Ils sont *abondants* et même quelquefois *ex-*

troardinairement abondants ». Cette grande quantité de liquide rejeté contraste avec la minime quantité de liquide ingéré. C'est donc dans l'estomac et dans le duodénum que s'élabore le liquide rejeté.

Ils sont *incessants*; « à mesure qu'ils augmentent de fréquence, les vomissements diminuent de quantité et bientôt le malade semble plutôt expectorer à chaque instant une cuillerée de matières noirâtres extrêmement fétides ».

Ils sont *incoercibles*. Les moyens médicaux ordinairement employés ne réussissent pas. S'ils cessent, sous l'influence du traitement dont nous parlerons, ce n'est souvent que pour reprendre ensuite avec plus d'intensité.

Leur *coloration* est spéciale : ils sont *bilieux*, *verts* ou *jaunes* et, « ils prennent rapidement une *teinte foncée brun noirâtre*, indice de la présence d'une *petite quantité de sang* ». Ce sang, rapidement attaqué par le suc gastrique, a pu cependant être décelé par différents procédés. Il provient des petites érosions de la muqueuse stomacale congestionnée et altérée par la dilatation.

Le liquide vomi a une *odeur* particulièrement *fétide*, mais presque jamais fécaloïde. De plus, il est souvent *irritant*, car il peut contenir du suc pancréatique comme le montre nettement une observation de Lichtenstein : dans ce cas, l'analyse du liquide vomi, pratiquée par Zveifel, montra que ce liquide contenait les trois ferments pancréatiques (tryptique, amyloлитique et stéapsique).

b) Le COLLAPSUS est toujours extrêmement précoce. Ce qui le caractérise, c'est l'*altération profonde des traits*. Le visage devient pâle, les yeux

se cernent et s'excavent, le nez se pince et le facies rappelle celui qu'on observe dans les péritonites.

A l'altération des traits s'ajoute une *modification profonde du pouls*; ce symptôme est des plus important; c'est lui qui nous aidera à faire le diagnostic : il ne manque jamais. Le pouls monte à 120, 140, devient mou, dépressible, filiforme, incomptable. Et cependant, la *température* reste *normale* ou descend au-dessous de la normale.

c) La DISTENSION ABDOMINALE existe dans presque tous les cas. D'abord *localisée au niveau de la région épigastrique*, elle peut s'étendre dans tout l'abdomen : l'estomac dilaté descend alors jusqu'au pubis. « Dans la majorité des observations, on trouve notée l'absence de mouvements péristaltiques visibles sous la paroi abdominale; cette absence doit être retenue, car elle indique la paralysie aiguë de la fibre musculaire gastrique et comporte par conséquent une signification pronostique très fâcheuse. » Ce ventre distendu n'est ni contracturé, ni douloureux, sauf au niveau de la région épigastrique où le malade accuse quelquefois une sensation de barre, et où la palpation peut révéler une douleur d'intensité très variable.

d) La DESHYDRATATION qui se manifeste par une *soif intense*, de l'*oligurie*, voire même de l'*anurie*. L'organisme est déshydraté, parce qu'il n'absorbe rien et que l'hypersecrétion duodénopancréatique est très intense.

e) L'ARRÊT DE L'ÉMISSION PAR L'ANUS DES MATIÈRES ET DES GAZ est un phénomène de second ordre bien qu'il soit fréquemment observé. Dans la plupart des observations que nous rapportons,

l'évacuation abondante de matière et de gaz, par l'anus a coïncidé avec la guérison du syndrome morbide.

b) L'AÉROPHAGIE n'a pas été observée par nous d'une façon bien précise. Toutefois nous croyons que les cliniciens auront intérêt à rechercher ce symptôme important.

Évolution-Pronostic

La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac comporte un pronostic généralement mortel, quand elle est méconnue. L'évolution est rapide comme dans toutes les occlusions intestinales haut situées, probablement à cause de l'intoxication duodénale dont nous avons parlé.

En quelques heures, les symptômes de collapsus s'aggravent : des sueurs froides perlent sur toute la surface du corps, les extrémités se refroidissent, la bouche devient sèche, la langue prend l'aspect saburral, le pouls est dépressible, filiforme, incomptable, intermittent. En un temps variant de quelques heures à quelques jours, le malade meurt, si on n'intervient pas.

Formes Cliniques

1) *Forme aiguë, ordinaire.* — C'est celle que nous avons décrite. Nous n'y reviendrons pas.

2) *Forme suraiguë, sans vomissements.* — Trois symptômes dominent la scène : les altérations rapides du faciès, les modifications du pouls, la dis-

tension énorme de tout l'abdomen. La musculature gastrique est complètement paralysée, le liquide se trouve à la partie inférieure de l'estomac très distendu : c'est pourquoi le malade ne vomit pas.

3) *Formes frustes*. — « A côté de ces cas graves et caractérisés, il existe bien entendu des cas légers et frustes où les symptômes sont mal groupés et peu intenses, et sans doute il faut rattacher à ce genre d'accidents ces faits nombreux où l'on a observé, après une opération, un peu de malaise avec ballonnement gastrique léger, agitation, élévation du pouls à 100, avec ou sans vomissements. Ces troubles disparaissent spontanément peu à peu; parfois le malade rend brusquement une pleine cuvette de matières noires, il se sent aussitôt soulagé et se rétablit. » (57.)

4) *Forme à rechutes*. — M. le Professeur Dayot nous a donné verbalement une observation qui caractérise bien la forme dont nous voulons parler. Une malade de son service, 24 heures environ après avoir subi une laparotomie fut prise d'accidents graves de dilatation aiguë de l'estomac. Le traitement aussitôt institué fit disparaître la complication. Quelques jours après, les symptômes d'occlusion réapparurent. On mit la malade dans la position genu-pectorale, et elle guérit de nouveau. Pendant trois semaines, la malade fut ainsi prise cinq ou six fois. Dès que le premier vomissement apparaissait, elle demandait elle-même à l'infirmière de la mettre dans la position genu-pectorale qui la soulageait si bien.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est assez difficile et malheureusement beaucoup de cas n'ont été reconnus qu'à l'autopsie. Il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter la thèse si documentée de Beaurain (1908). Ce diagnostic est d'autant plus difficile que le début de la complication que nous étudions coïncide souvent avec les vomissements post-anesthésiques. Se rappeler que ces derniers ont généralement cessé au bout de 36 heures, et que la dilatation aiguë débute le plus souvent 48 heures après l'opération.

En présence des vomissements qui surviennent le troisième ou le quatrième jour, le chirurgien pensera d'abord à la péritonite. Or, qu'est-ce qui différenciera ces deux affections? Dans les deux cas, le pouls et le facies sont identiques; l'aspect, l'odeur des matières vomies se ressemblent, et la péritonite peut évoluer sans température. Le signe différentiel important, c'est l'état du ventre.

Si *péritonite* : ventre contracturé, ballonnement uniforme. Hyperesthésie cutanée.

Si *dilatation aiguë* : ballonnement d'abord et surtout au niveau de la région épigastrique, ventre souple, pas d'hypéresthésie.

Il faut se souvenir qu'il peut y avoir coexistence de ces deux syndromes morbides puisque certains chirurgiens affirment que la dilatation aiguë post-opératoire a toujours pour cause une infection péritonéale.

Le médecin fera encore le diagnostic avec l'*occlusion intestinale* qui se manifeste trois ou quatre

jours après l'acte opératoire : alors, les vomissements deviennent rapidement fécaloïdes; le malade souffre beaucoup, et l'on observe des mouvements péristaltiques de l'intestin. Enfin, l'abdomen revêt une forme variable avec le siège de l'occlusion.

Il est rare que les deux affections coexistent.

Il est utile de signaler que plusieurs cas de mort par dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac ont été attribués à des causes diverses : asystolie aiguë, *choc opératoire*, urémie, embolie. L'examen minutieux des opérés permettra alors de faire facilement le diagnostic

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les premières autopsies ont été des surprises : elles ont révélé des lésions inconnues et tout à fait différentes de celles que l'on s'attendait à rencontrer.

Quand on ouvre l'abdomen, on trouve l'estomac très dilaté et tellement distendu que sa grande courbure peut atteindre le pubis (Leguen). Cette dilatation porte encore sur les premières portions du duodénum, s'arrêtant brusquement au niveau de l'artère mésentérique. Le diaphragme est refoulé en haut ; les anses intestinales sont aplaties et abaissées. La cavité abdominale ne contient pas d'épanchement les anses grêlées ne sont pas congestionnées.

L'estomac ouvert laisse s'écouler un liquide plus ou moins fétide, vert foncé ou noirâtre. Les examens de ce liquide noirâtre ont permis de déceler une certaine quantité de sang, qui provient de la muqueuse ulcérée légèrement en plusieurs endroits.

Le duodénum est également dilaté comme nous l'avons dit, mais, contrairement à ce qu'on voit d'ordinaire dans les autres cas d'occlusion intestinale (étranglement herniaire), l'intestin n'est nullement lésé au niveau de la stricture qui est causée par l'artère mésentérique.

Albrecht a montré en 1899 que, sur le cadavre, il était facile de reproduire cette occlusion, en tirant sur le mésentère dans l'axe du corps. De cette façon, en effet, la troisième portion du duodénum

se trouve aplatie par l'artère mésentérique contre l'aorte et la colonne vertébrale : il est impossible d'introduire le doigt au niveau de l'étranglement. Pour lever cet étranglement, il suffit de cesser la traction mésentérique.

Dans les huit observations que nous rapportons, six malades ont guéri et dans les deux autres cas il a été impossible de faire l'autopsie.

Observations

OBSERVATION I

Personnelle, prise dans le service de M. le Professeur Le Moniet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes (Hardouin P. M. 1911).

Mme G..., 36 ans, charcutière, entre le 7 février 1910 à l'Hôtel-Dieu.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

Les antécédents personnels nous révèlent que cette femme a eu d'abord 4 enfants dont 3 sont morts, et ensuite deux fausses couches. Depuis deux ans la malade est soignée pour métrite et rétroversion utérine. De plus, la malade se plaint de l'estomac depuis l'âge de 12 ans.

L'examen de la malade à son entrée dans le service permet à M. Le Moniet de faire le diagnostic de rétroversion utérine douloureuse et irréductible. Opération le 4 février 1910 à 4 heures de l'après-midi. On fit une laparotomie médiane, qui permit de voir un utérus un peu augmenté de volume, en rétroversion et présentant quelques adhérences avec les organes voisins. M. Le Moniet fit une hystérectomie abdominale sub-totale. Après avoir péritonisé le moignon utérin, il enleva l'appendice, mit un drain dans le cul de sac de Douglas, et sutura la paroi abdominale. Il faut noter que le péritoine, très friable ne put être réuni qu'en le comprenant dans la suture musculo-aponévrotique. Dès le lendemain de l'opération, la malade vomit et rejette beaucoup de gaz par la bouche. Dans la nuit du jeudi au vendredi, elle trompe la surveillance de l'infirmière et absorbe, à plusieurs repri-

ses, un litre d'eau de Vichy qu'elle rejette immédiatement chaque fois.

Le vendredi matin, la malade est fatiguée et se trouve abattue. Température : 36°5. Pouls à 130 et mal frappé. Le pansement est fait, le drain est enlevé. Deux lavements sont administrés sans succès. On fait dans la journée 900 gr. de sérum artificiel, et un lavage d'estomac qui permet de retirer une grande quantité de liquide verdâtre. On administre 0,50 de caféine.

Le samedi et le dimanche l'état de la malade s'aggrave; les *lavages de l'estomac* sont répétés, mais *ne soulagent la malade que pour quelques heures*. On fait des injections de sérum et de caféine. La température reste à 36°5, le pouls petit et rapide monte à 140. Les urines deviennent rares et albumineuses. La malade a des éructations répétées.

Le lundi matin, Mme G... refuse le lavage d'estomac et on la met dans la *position genu-pectorale*. Pendant qu'elle est dans cette position elle vomit beaucoup de bile, mais quand elle est remise dans le décubitus dorsal, elle *se trouve soulagée*, et à partir de ce moment tous les symptômes d'occlusion disparaissent.

A midi, la sœur infirmière lui administre par la bouche 30 grammes d'huile de ricin. La malade ne vomit plus, elle garde l'huile de ricin. Quelques gaz sont rendus dans l'après-midi et à 4 h. 1/2 production d'une selle abondante et fétide.

Bien que les vomissements aient complètement cessé, la malade reprend la position genu-pectorale dans la soirée pendant 20 minutes.

Le mardi, Mme G... ne vomit plus et peut absorber un peu de Champagne et un litre de lait.

Mais les syhincters uréthral et anal se relâchent. De plus, à 3 heures du matin, le mercredi, la malade présente subitement du délire. Je suis prévenu à 4 h. 1/2 de cette aggravation subite. Je me rends auprès de Mme G... que je trouve très abattue. La température est tombée à 35°5. Le poulx est à peine senti, et les extrémités se refroidissent. Je fais mettre des boules d'eau chaudes dans le lit, j'injecte sous la peau 600 grammes de sérum., 0 gr. 25 de caféine, et 2 cc. d'éther. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore, et à 8 heures je puis refaire le pansement qui s'était un peu déplacé. Je trouve le ventre un peu ballonné et un peu douloureux à la palpation. La plaie paraît se cicatriser normalement.

Je fais dans la journée plusieurs injections de sérum, de caféine, d'éther et d'huile camphrée. La malade ne vomit qu'un peu dans la soirée. Elle passe une nuit assez calme, mais ne s'alimente plus; la langue devient rouge et sèche, la gorge un peu douloureuse. La malade recommence à vomir ce qu'elle prend, mais ses vomissements ne sont plus bilieux comme au début. Les éructations reparais-sent.

L'état général reste stationnaire pendant la journée du jeudi. Mais le vendredi, les symptômes s'améliorent : l'incontinence disparaît, la température est à 37 et le poulx à 110. Les urines sont abondantes, et la malade, qui prend du lait ne vomit plus. Tout nous pousse à augurer un bon pronostic. Le pansement est fait. Les fils sont enlevés.

Le samedi matin, la malade meurt : on trouve les intestins faisant hernie sous le pansement. La malade était morte d'éventration que rien ne permettait de soupçonner la veille.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. Le Moniet)

Mme H..., 44 ans, fermière, entre le 25 novembre 1910 à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, a eu 9 enfants : couches normales, dernières couches il y a 3 ans, deux des enfants sont morts de maladies inconnues. La malade présente actuellement une éventration considérable.

Histoire de la maladie. — Ménorrhagies depuis 6 mois. Pertes de sang fétides depuis 2 ou 3 mois dans l'intervalle des règles.

Symptômes actuels. — La malade ne souffre pas. Elle présente des pertes vaginales, continues et fétides, mais peu abondantes.

Inspection : l'abdomen présente une éventration. Toucher vaginal. On constate la présence d'une tumeur du volume d'une noix siégeant à gauche sur le col utérin. La tumeur est molle, les parois vaginales intactes. Le doigt sort couvert de matières fétides.

Examen des autres appareils : rien d'anormal.

Diagnostic. — Epithélioma du col de l'utérus.

Opération. — Le lundi 28 novembre 1910, à 10 heures du matin. M. Le Moniet fait une hystérectomie vaginale après cautérisation du col au thermocautère. L'utérus et ses annexes sont enlevés sans pratiquer l'hémisection.

Suites opératoires : normales pendant les 3 premiers jours.

30 novembre : pinces sont retirées, pouls à 100, température 37°. La malade a quelques vomissements. Injection de sérum artificiel 600 grammes.

2 décembre : au matin, malade un peu fatiguée, pouls 100, température 37°, 2 vomissements pendant la nuit. Le soir pouls à 110, température à 37°, urines rares, 2 selles abondantes. Sérum 800 grammes.

3 décembre : au matin, facies mauvais, pouls faible à 120, température 36°5, ventre ballonné. La malade a vomi toute la nuit. On pratique 2 lavages de l'estomac, l'un à 9 heures, l'autre à 11 heures. On injecte 1 litre de sérum, 3 cc. d'huile camphrée, 1 cc. d'éther, 0 gr. 25 de caféine.

On donne un lavement qui ne produit aucun effet. Nouveau lavage de l'estomac à 1 heure de l'après-midi. A 3 heures, le ventre est très ballonné, la malade a eu des vomissements bilieux, le pouls est à 116°. On met la malade dans la position de Schnitzier pendant 25 minutes et on pratique un lavage de l'estomac. A 5 h. 1/2, sérum, 1 litre. Lavage de l'estomac. Huile camphrée, 2 cc.

A 7 heures et à 10 heures, lavages de l'estomac. La malade n'a pas vomi depuis 5 heures.

4 décembre : à 4 heures du matin, les vomissements bilieux reparaissent. Ils sont fréquents et abondants.

A 7 heures, pouls 124, température 35°6. Lavements sans résultat. Position genu-pectorale pendant 20 minutes. Sérum 1 litre. Ether 1 cc. Caféine 0 gr. 25. Huile camphrée, 2 cc. Lavage de l'estomac.

Les vomissements cessent, le ventre devient moins ballonné. Malgré cela, l'interne de M. Le Moniet pratique des lavages d'estomac à 10 heures, 2 heures de l'après-midi et à 5 h. 1/2. Tous ces lavages donnent issue à des matières brunâtres d'odeur particulièrement désagréable. C'est pour-

quoi on remet la malade dans la position de Schnitzer pendant 20 minutes.

A 10 heures du soir, l'état de la malade s'est amélioré. Pouls bien frappé; un lavage de l'estomac ne donne que de l'eau limpide.

Lundi 5 décembre, à 1 heure du matin, lavage de l'estomac. A 4 heures, nouveau lavage.

A 8 heures, l'état général est bon. Pouls 92, température 37. Un lavement a été suivi d'une selle abondante.

A 10 h., 2 h. et 5 h., nouveaux lavages et de plus à 5 heures, position genu-pectorale pendant 15 minutes. Dernier lavage à 10 heures.

La malade qui n'a pas vomi de la journée passe une bonne nuit.

Mardi 6 décembre : les vomissements ne repaissent pas, mais par mesure de précaution, lavages de l'estomac à 10 heures du matin et 5 heures du soir. Position du Schnitzer pendant 15 minutes.

Deux selles abondantes se produisent. Les urines sont troubles mais de quantité et de couleur normales.

Dans les jours qui suivent et qui correspondent à l'époque où la malade aurait dû avoir ses règles, l'opérée présente une ascension thermique (38°) avec oligurie, langue salée, diarrhée très fétide et coliques.

Régime lacté, avec 50 grammes de lactose et 2 grammes de théobromine.

Le 12 décembre la température baisse. L'état général devient excellent. La malade sort le 21 décembre complètement guérie.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Le Moniet)

Mme J..., 45 ans, entrée le 22 août 1911 à l'hôtel-Dieu.

Antécédents personnels : mariée, a eu un enfant à l'âge de 32 ans, réglée à 11 ans, durée moyenne des règles, 5 jours. Depuis 8 mois les règles durent 8 à 10 jours et sont très abondantes. Pas de ménorrhagies, pas de troubles de compression. Etat de ptose abdominale : depuis le mois d'octobre 1909, la malade suit un traitement dans une clinique pour ses troubles gastriques et intestinaux.

Symptômes actuels :

a) *Fonctionnels* : ménorrhagies abondantes, pas de métrorrhagies.

b) *Physiques* :

1) Inspection : rien.

2) Palpation : utérus volumineux bosselé remontant à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

3) Toucher et palper : col ayant des déchirures anciennes, et présentant un aspect bosselé.

Examen des autres appareils, rien. Diagnostic : fibromes de l'utérus.

Opération : le 23 août 1911.

M. Le Moniet fait une hystérectomie vaginale.

Après désinfection du vagin et du col à la teinture d'iode, curettage préliminaire.

Libération du col, hémisection médiane antérieure et ouverture des culs de sac antérieur et postérieur. L'utérus bosselé s'abaisse difficilement. Il est farci de fibromes dont le plus volumineux a les

dimensions d'un gros œuf de poule et se trouve dans la cavité utérine, inséré sur le fond. Ce fibrome est énuclée. On peut ensuite abaisser l'utérus facilement, 2 fortes pinces (Péan-Segond) sont mises de chaque côté sur les ligaments larges, et on enlève d'une seule pièce l'utérus et ce qui reste de la tumeur, avec les trompes et les ovaires droits et gauches.

Examen de la pièce. — L'utérus renferme 8 à 10 fibromes dont deux du volume d'un œuf et les autres plus petits.

Poids total de la tumeur : 350 grammes.

Suites opératoires. — Sont très simples du côté de l'opération. Les pinces sont retirées le vendredi 25 août. Tout semble aller pour le mieux, quand le lundi 28 août, éclatent les symptômes de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. Le traitement classique est immédiatement institué.

Le 28 août. Malade est mise deux fois dans la position genu-pectorale, $\frac{1}{2}$ h. le matin à 7 h. $\frac{1}{2}$, le soir à 5 heures. Toutes les 2 heures, la sœur infirmière fait un lavage d'estomac. De plus : serum, 2 litres. Caféine, 0,50.

Le 20 août. Position genu-pectorale, 4 fois. Lavages de l'estomac, 9 fois, (durée, 20').

L'affection dura du 28 août au 6 septembre. Pendant tout ce temps, la malade ne put rien supporter par la voie buccale. Elle ne rendit rien par le rectum. Les nausées, les vomissements reparurent souvent. La sœur infirmière administra chaque jour 2 litres de sérum physiologique intrarectal, 0.25 à 0.30 de caféine et 4 à 6^{cm3} d'huile camphrée par la voie sous-cutanée. De plus, matin et soir, la malade fut mise dans une position genu-pectorale pendant une durée de 20'. Des lavages

de l'estomac furent pratiqués toutes les 2 ou 3 heures suivant l'intensité des symptômes. (On répéta ces lavages fréquemment, parce que, c'était surtout par eux que la malade obtenait un peu de soulagement.)

Le jeudi, 31 août, la malade se trouva mieux, en escompta enfin la guérison. Mais ce mieux était trompeur car, le lendemain, dans la soirée, les symptômes d'occlusion reparurent de nouveaux et avec plus d'intensité qu'au début. Le faciès se grippe, le pouls devient petit, et monte à 140 pulsations à la minute. Monsieur le professeur Le Moniet pratique lui-même un lavage d'estomac; il retire un liquide de couleur vert-noirâtre et d'odeur particulièrement fétide. Il quitte la malade désespéré.

Le lendemain, 2 septembre, le faciès était un peu moins mauvais, le pouls mieux frappé était revenu à 120; les vomissements moins fréquents rejetaient un liquide moins fétide. En un mot, la malade était revenue à son état morbide des premiers jours. Elle se maintint ainsi 5 jours, et ce ne fut que le 6 septembre que la malade entra en convalescence. A partir de ce jour, les vomissements cessent, et la malade peut supporter un peu de lait. Une diarrhée intense se produit le 7. Le pouls se maintient à 120, mais il est mieux frappé. On cesse les séances de position genu-pectorale, on diminue progressivement le nombre des lavages d'estomac.

La malade sort guérie le 21 septembre.

OBSERVATION IV

Inédite, communiquée par M. le Professeur H. Dayot, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes, Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

M. L... 40 ans, recteur à X... entre à la Clini-

que Sainte-Anne le 27 décembre 1910, pour se faire opérer d'une hernie inguinale gauche.

Hernie scrotale datant de très longtemps, « tombée dans les bourses » depuis trois ans. Le malade porte un bandage depuis six ans. La hernie est complètement irréductible et sort parfois sous le bandage.

Etat général bon. Pas d'obésité. Urines normales. Poumons, cœur normaux. Il n'y a pas de toux habituelle.

Préparation : Régime lacto-végétarien; purgatifs; boissons abondantes; bains.

Opération : Le 31 décembre. Cure radicale très simple et très facile. Extirpation du sac; ligature Barker. Réfection de la paroi par sutures perdues dans toute l'épaisseur.

La guérison a lieu rapidement et l'opéré quitte la Clinique le 26 janvier, c'est-à-dire, une vingtaine de jours après son opération.

Mais il s'était produit, pendant le séjour à la Clinique, une complication qui a rapidement cédé au traitement et dont voici l'histoire :

Dans la nuit du 1^{er} au 2 janvier 1911, vers le matin, le malade fut pris de vomissements répétés et abondants. Lorsque je le vis à ma visite de huit heures, je le trouvai très agité, haletant, se plaignant beaucoup du ventre. Température normale. Pouls bien frappé à 100. Est-ce l'occlusion?

Je fais l'examen du ventre et trouve une plaie normale, un ventre plat dans sa partie sous-ombilicale très distendu et sonore dans la région épigastrique. Le diaphragme doit être refoulé, car la respiration dépasse 30.

Lavage de l'estomac au tube de Faucher. Grande irrigation rectale de sérum. Position genu-

pectorale. Amélioration rapide. Le lendemain matin, tous les symptômes de dilatation aiguë ont disparu.

OBSERVATION V

Communiquée par Monsieur Dayot et déjà publiée par M. Hardouin. (Presse Médicale, n° 67 août 1910).

S. P.... entre le 11 décembre 1909, salle Sainte-Philomène, n° 14, pour un fibrome utérin.

L'opération se passa sans incidents; réunion sans drainage. Rien à noter le lendemain.

Le surlendemain matin, la malade est prise de vomissements répétés avec rejets liquides extrêmement abondants. Ballonnement marqué de la partie supérieure de l'abdomen. La malade prend rapidement un faciès pâle et angoissé. Vers midi, nous nous préparons à pratiquer un lavage de l'estomac. Pendant nos préparatifs, la malade *qui a été changée de position* pour faciliter notre petite intervention, rend brusquement une grande quantité de gaz et de matières diarrhéiques par *l'anus*. Soulagement immédiat.

Vers le soir, la crise reprend, mais, prévenus par l'incident du matin, on met immédiatement la malade en position genu-pectorale. Cessation des accidents. Guérison.

OBSERVATION VI

Communiquée par Monsieur Dayot et déjà publiée par M. Hardouin. (P.-M. 1910).

Mme T... opérée le 23 mars 1910 pour un kyste de l'ovaire droit, de la grosseur d'une tête d'adulte.

L'opération est pratiquée par M. Dayot en quelques minutes et de la façon la plus simple. Le

pédicule étroit, est lié, après réduction à l'écraseur. Fermeture du ventre sans drainage.

Le 23, dans la soirée, quelques vomissements qui s'accroissent la nuit suivante.

Le 26, au matin, la malade est très fatiguée. Pouls, 100. Temp., 37°7. Elle n'a rendu ni matières ni gaz.

Après une amélioration passagère, la malade se plaint à nouveau de malaises dans la soirée. Les vomissements reprennent abondants, sans efforts. Le pouls devient petit, rapide. Il existe un balonnement épigastrique marqué.

Position de Schnitzler. Disparition presque immédiate des accidents. Nuit très bonne. Guérison.

OBSERVATION VII

Communiquée par Monsieur Dayot et déjà publiée par M. Hardouin. (P.-M., 1910).

Madame X..., âgée de 40 ans, atteinte depuis longtemps déjà d'un petit kyste de l'ovaire, voit se produire brusquement des phénomènes de torsion du pédicule. Le médecin appelé, traite la malade par le repos, la glace sur le ventre pendant 3 jours, puis fait appeler de Rennes, M. Dayot qui intervient immédiatement. Hémorrhagie abdominale assez considérable. Ablation facile du kyste dont le pédicule tordu est presque sectionné et cède à la traction légère exercée sur lui. Drainage.

Le lendemain, état général et local satisfaisants. Le surlendemain au soir, vomissements. Toute la nuit, les vomissements persistent; la malade rend des quantités considérables de liquide et l'état général s'altère rapidement.

M. Dayot demandé, voit la malade le soir. Pouls extrêmement petit, filiforme, dépressible. Faciès très altéré. Vomissements incessants.

La région épigastrique présente une voussure extrêmement considérable, alors que le reste du ventre est souple, non douloureux, et un peu rétracté. M. Dayot recommande des *lavages d'estomac*. La malade *meurt* le lendemain matin.

OBSERVATION VIII

Publiée par M. Hardouin. (Presse Médicale, août 1910).

Mme A..., ménagère, entre le 28 octobre 1909, pour un fibrome de l'utérus du volume des deux poings, entraînant des hémorrhagies répétées depuis un an.

L'opération est pratiquée le 2 novembre. Hystérectomie sub-totale. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Aucun incident à noter. Un ou deux vomissements dans l'après-midi. Nuit tranquille.

Le lendemain, les vomissements, qui avaient cessé, reprennent dans l'après-midi. Ils sont abondants, répétés. Le soir, nous voyons la malade qui ne présente pas de symptômes inquiétants.

Le 4 au matin, l'état s'est complètement modifié. Vomissements incessants, faciès grippé, pouls petit, rapide. Ballonnement de l'épigastre. La malade semble absolument perdue.

Nous faisons pratiquer un lavage qui amène un peu de soulagement, mais les vomissements ne tardent pas à reparaître.

Nous songeons alors à mettre la malade en *position genu-pectorale*.

L'effet est pour ainsi dire immédiat. Soulagement rapide, disparition des vomissements. Par

précaution, nous laissons l'opérée pendant quelque temps, en décubitus ventral. Au bout d'une $\frac{1}{2}$ heure, débâcle considérable par l'anus. Les accidents ne se sont pas reproduits et la guérison est survenue sans autres complications.

TRAITEMENT

I) PROPHYLAXIE. — *a) Avant l'opération.* — Examiner méthodiquement l'estomac de tous les malades qui doivent subir une opération, absolument comme on examine le cœur, le rein, le poudmon, etc..., et tâcher de dépister l'aérophagie.

b) Pendant l'opération. — Administrer une dose minime de chloroforme. Manipuler avec précaution tous les organes qui peuvent être le point de départ d'un réflexe. (Plexus solaire, estomac, intestin, rein, etc...)

c) Après l'opération. — Surveiller le malade et empêcher qu'il n'absorbe aucun liquide par la bouche pendant les 24 premières heures. Dans l'Observation I, nous avons vu les vomissements redoubler et l'état général s'aggraver après l'absorption d'un litre d'eau de Vichy. De plus, si le malade présente des signes d'aérophagie; le prévenir, puis en cas de *sialophagie* « nouer une petite ficelle autour du cou pour rendre les mouvements de déglutition plus difficiles et tenir l'attention du malade en éveil. » (Mathieu). En cas d'*aérophagie à sec* mettre un bouchon dans la bouche de façon à la tenir largement ouverte.

II. TRAITEMENT CURATIF. — *a) Le lavage de l'estomac*, si vanté par MM. Bloch et Ramadier, n'est pas à notre avis, le meilleur traitement, le traitement qui réussit toujours. Il est même inutile quand l'occlusion duodénale est constituée. Avec

M. Lecène, nous pouvons dire : « Le lavage pratiqué dès le début des accidents arrête d'abord les vomissements ; mais cet heureux effet n'est que temporaire, et c'est là une notion pratique des plus intéressantes... ; l'état s'aggrave, le cas semble désespéré lorsque *le simple décubitus ventral*, auquel on adjoint pendant quelques minutes, la *position genu-pectōrale*, amène une cessation brusque, instantanée, on serait tenté de dire miraculeuse des accidents. »

Nous croyons toutefois que le lavage de l'estomac doit être employé au début, alors que l'occlusion duodénale n'existe pas et que le diagnostic de dilatation aiguë est encore hésitant. A ce moment, le lavage bien fait pourra empêcher le syndrome que nous étudions. Il sera préventif selon l'expression de mon maître, M. le professeur Le Moniet. Je n'insiste pas sur la technique de ce lavage qui est connue de tous les médecins. Il sera efficace seulement quand la dernière partie du liquide reviendra claire et limpide.

b) Quand cette pratique n'aura apaisé que pour quelques heures les accidents graves que nous combattons, et quand nous aurons répété avec insuccès deux ou trois lavages de l'estomac, retenons qu'il existe un traitement très efficace, c'est la *position ventrale* (Schnitzer) ou *genu-pectorale* (Baumler) ou encore la position de Trendelenburg.

M. Le Moniet fait prendre la position genu-pectorale pendant 20 à 25 minutes, puis toutes les deux ou trois heures, un lavage de l'estomac est pratiqué. Si les symptômes d'occlusion ne disparaissent pas complètement, le décubitus ventral est ordonné deux fois par jour.

Pendant que les malades sont dans cette position, l'occlusion cesse; et le contenu gastrique s'écoule à la fois par le cardia et par le pylore. Les malades vomissent abondamment, et quelquefois une diarrhée intense se produit. (Observat. V). Ces symptômes nouveaux sont d'un pronostic favorable : Les malades remis dans le décubitus dorsal, accusent un profond soulagement.

Il n'est nullement « presque impossible de maintenir les malades dans ces attitudes fatigantes et mal tolérées ». Il suffit que le malade le veuille, et que le chirurgien prenne certaines précautions : Bonne réfection de la paroi; pansement bien serré.

c) Il existe encore un autre mode de traitement, c'est *l'opération* : mais avec la plupart des chirurgiens modernes nous croyons qu'elle *doit toujours être rejetée*.

M. Mathieu cite *huit gastrotomies terminées par huit morts*. — La *gastro-entérostomie* donne des résultats moins mauvais quoique peu satisfaisants. — Quant à la *petite gastrotomie*, de Jaboulay, on pourra l'employer après l'échec de tous les autres moyens.

III. TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Il est peu important quand le syndrome morbide bien traité évolue rapidement vers la guérison. (Observat. VI). Mais il devient absolument nécessaire quand les accidents de dilatation aiguë se prolongent une semaine et plus, ou présentent des rechutes intéressantes. (Observat. III). Que faut-il faire? Il faut absolument HYDRATER le malade, qui se deshydrate continuellement par l'hypersécrétion duodénale-

gastrique et de le faire uriner pour éliminer les toxines secrétées par le duodénum. M. Le Moniet, fait administrer 900 à 1.200 grammes de sérum artificiel chaque jour, soit en injections sous-cutanées, soit en lavements. On pourra d'ailleurs alterner les lavements de sérum avec les lavements nutritifs. Enfin on joindra injection de caféine, d'éther et d'huile camphrée pour combattre le collapsus.

CONCLUSIONS

1) La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac constitue un syndrome clinique important qui, malheureusement n'est pas encore devenu classique, malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet en France et à l'étranger.

2) La Pathogénie de cette complication opératoire n'est pas encore parfaitement élucidée : la majorité des auteurs modernes admettent la dilatation aiguë primitive de l'estomac, causant secondairement l'occlusion duodénale. Quand à la cause de cette dilatation, elle est encore très controversée, et aucune des théories étudiées ne peut-être admise d'une façon absolue. Cependant, nous croyons qu'il y a prépondérance de l'influence nerveuse.

3) Le pronostic est généralement fatal quand le malade n'est pas traité à temps.

4) Le diagnostic clinique est relativement facile par : vomissements incessants incoercibles, et profus malgré l'absence de toute ingestion liquide. Distension abdominale limitée d'abord à la région épigastrique et pouvant se généraliser. Collapsus rapide se manifestant surtout par les modifications du faciès et du pouls. Soif intense. Oligurie ou anurie. Aérophagie dans certains cas. Arrêt plus ou moins prononcé de l'émission des matières et des gaz par l'anus.

5) Le traitement comporte trois grandes indications :

a) Vider l'estomac. *b)* Lever l'occlusion quand elle existe. *c)* Soutenir l'état général. On vide l'estomac par le lavage, on lève l'occlusion par la position genu-pectorale, et on soutient l'état général par les injections de sérum et des stimulants.

BIBLIOGRAPHIE

0. NICAISE. — « Cas rare d'occ. int. » Rev. de Ch. 1885.
1. THIÉBAULT. — Thèse. — Nancy, 1881.
2. KUNDRAT. — Wien. med. Woch., 1891, p. 274.
3. SCHNITZLER. — Wien. klin. Rund., 1895, p. 579.
4. MULLER. — Deut. Zeit. f. Chirurg., 1900. Bt LVI, p. 486.
5. ROBINSON. — Cincinnati Lancet clin., 1900, 8 décembre.
6. PETIT. — « De l'étranglement du duodénum au niveau du mésentère. » Th. Paris, 1900, n° 67.
7. PHILIPPE. — « Occlusion aiguë du duodénum. » Th. Paris, 1899.
8. KELLING. — Arch. f. cliniq. Chir., 1901. Bd. LXIV, 2.
9. STIEDA. — Deut. Zeit. f. Chir., 1900. Bd. LVI, p. 201.
10. BRAUN-SEIDEL. — Mitt. aus den Grenzgebiet, der Med. und. Chir. Bd. XVII, p. 5.
11. VON HERFF. — « Sur la paralysie grave de l'intestin et de l'estomac surtout après les opérations. » Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1900. Bt. XLIV.
12. REYNIER. — « Paralysies stomacales post-opératoires. » Comptes rendus Congrès de Chirurgie, 1903, p. 318.

13. CHAVANNAZ. — Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. Bull. et mémoire de la Soc. de Chirurgie, 31 octobre, 1905.

Discussion sur la paralysie stomacale aiguë post-opératoire. (Leguen-Reynier-Routier-Walther-Pierre Delbet-Quenu). Bull. et mémoire de la Soc. de Chirurgie, 28 nov., 1905; — Suite de la discussion. (Moty, Hartmann, Tuffier, Reynier, Terrier), Id. 12 déc., 1905, p. 1029.

14. BASTEDO. — Paralysie gastrique post-opératoire et dilatation aiguë de l'estomac. Med. record., 10 nov., 1906, vol. LXX, n° 19, p. 723.

15. COMMER. — La dilatation aiguë de l'estomac. Amer. Journ. of. med, Sciences, mars, 1907.

16. MORICHAU-BEAUCHANT. — Gaz des Hôp. 1907.

17. SEELING. — La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. Int. med. Journ., juin, 1907.

18. B. ROBINSON. — Deux formes de dilatation aiguë gastro-duodénale, New-York med. Journ., 24 août, 1907, p. 338.

19. TUFFIER. — Bull. et mém. de la Soc. de Ch., 18 déc., 1907.

20. PSALTOFF. — Paralysie stomacale post-opératoire. Rev. de Chirurgie, 24 août, 1907.

21. THOMAS. — Observations d'occlusion duodénale. Deut. med. Woch., 19 mai 1908, n° 12.

22. KAYSER. — Deut. Zeit. f. Chir., 1908. tome XCVIV.

23. LANDAU. — Sur l'occlusion duodénale post-opé-
ratoire. Berl. klin. Woch., 15 juin, 1908.
24. LOFFER. — Ann. of. surg., mars-avril, 1908.
25. LEICHTENSTEIN. — Etude sur la paralysie ai-
guë de l'estomac avec occlusion duodénale.
Centrabl. f. Gyn., mai 1908, n° 19.
26. BORCHARDT. — Contribut. à l'étude de la dila-
tation. Berl. klin. Woch., 31 août 1908,
p. 1593.
27. ROSENTHAL. — Archiv. f. Gyn., 9 mai 1908.
28. DE ROUVILLE. — Dilatat. aig. de l'est. post-op.
Montpellier, méd. 23 février, 1908, n° 8.
29. GIANO. — Dilatat. aig. post.op. de l'est. Revis-
ta di chir., août 1908, n° 8.
30. P.-L. TISSIER. — Revue de Thérap., 22 déc.,
1909.
31. LECÈNE. — Occl. duod. alg. post-op. Journal de
Chirurgie, nov. 1908.
32. MERCADÉ. — Les soins post-opératoires. Mas-
son, Paris, 1910.
33. RIGOLLOT-SIMONNOT. — Th. de Paris, 1908.
34. LARDENNOIS (de Reims). — Dilatation aiguë de
l'estomac. Congrès de Chir.
35. PAYER. — Mitt. aus den Grenzgebiet. der Med.
und Chir., 1910. t. XXII. fasc. 3.
36. POLOK. — Acut dil. of. the stom. as a postop.
complication, Americ. Journal obstet.,
1909.
37. GRANDIN. — Note on acute dil. of. the stom.
post-op. Amer. Journ. obstet., 1909.

38. FAIRCHILD. — Acute post-op. dil. of the stom.
New-York med. Journ., 1909.
39. TORBERT. — Boston med. and surg. Journ.,
1909.
40. WILKINSON. — Journ. Kansas med. Soc. Kan-
sas City, 1908.
41. BRAUN. — Réunion libre de Chirurgie de Ber-
lin, 1904.
42. ZADE. — Beitr. z. klin. Chir. 1905. t. XLVI.
43. BIRNBAUM. — Monatsch. f. Geb., 1906. tome
XXIV.
44. SCHITZLER. — Soc. méd. de Berlin, 1908.
45. BEAURAIN. — Th. de Paris, 1908.
46. REYNIER. — Bull. et mém. de la Soc. de Chir.
1909.
47. DELAGÉNIÈRE. — Archives prov. de Chirurgie.
Août 1909.
48. LENORMAND. — Congrès de Chirurgie, 1909.
49. CHAVANNAZ. — « Dilat. aiguë de l'estomac
après gastro-entérostomie. » Journ. de
méd. de Bordeaux, 3 janv., 1909.
50. BILLON. — Occlus. duod. aiguë post-opérat. »
Marseille méd., 15 février, 1910.
51. MORESTIN. — Bull. et mém. Soc. de Chirurgie,
1909.
52. FOISY. — « Occl. duod. aig. av. observat. pers. »
Archiv. med. Ohir. de province, 11 jan-
vier, 1910.
53. BONAMY. — Soc. de Chir. de Paris, 17 déc.,
1909.

54. ISELIN. — Journ. de méd. interne, 30 octobre, 1910.
55. DELBET. — Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1909.
56. A. MATHIEU. — « La distension aig. de l'est. av. occl. duod.; le rôle de l'aérophagie dans sa pathogénie. » Archiv. des mal. de l'app. dig. et de la nut. t. V. n° 8. Août, 1911.
57. BLOCH ET RAMADIER. — « Dilatat. aig. post-op. de l'estomac. Gaz. des Hôp. n° 93, Août, 1911.
58. SANPHEAR. — « Un cas singulier de dilatat. de l'estomac. avec absence de réunion de la plaie de laparotomie. » Americ. Journ. of. Surg. t. XXV. n° 6. Juin, 1911.
59. SHERWOOD. — Deux cas de dilatat. post-op. de l'estom. chez des enfants. Améric. Journ. of. Surg. t. XXV. n° 6. Juin, 1911.
60. MORRIS-WALLACE LEE. — The Boston Med. and Surg. Journ. t. CLXIV, n° 16, 20 avril 1911.
61. VIOLET. — La Gynécologie. t. XV. n° 4, avril, 1911.
62. HARUZO KURN. (Yamodo, Japon). — « Sur la dilatat. aig. de l'estomac. » (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie). t. XXIII., fascic. 2, 1911, p. 168 à 189.
63. BONAMY. — « Occl. aig. duod. stom. post-op. » Paris-Chirurg., I. 1155.

64. CADE A. ET JALLIFIER A. — « Occl. aig. duod. artério-mésentériq. » Lyon, méd., t. XIII, 976.
 65. GREGOFF. — « Sur la dilatat. gast. aiguë. » Société des méd. de l'hôp. d'Obouchiff à St.-Pétersbourg, 14 oct., 1909.
 66. HELLENDALL. — « Sur la dilatat. gast. aiguë : discussion. » Soc. de Gynéc. et d'Obst. du Bas-Rhin et de Westphalie, 8 mai 1910.
 67. FARQUARH. — « Dilatat. aiguë de l'estomac non post-opératoire. Gastrotomie. Guérison. » The British med. Journ., n° 2621, 25 mars 1911.
 68. ROUX DE BRIGNOLLES ET MICHEL. — « Occl. duod. aig. post-opér. » Marseille méd. 1^{er} mars 1911.
 69. BOQUEL. — « De l'utilité de la posit. ventrale dans cert. faits d'occ. intest. post-partum. » Archiv. méd. d'Angers, 20 mars 1911.
 70. BARKER. — « Dilatat. aiguë post-opér. de l'est. consécutive à une gastro-entérostomie, relation d'un cas. » Surgery Gynec. and Obstetrics., n° 4, avril 1911.
 71. ROGER ET GARNIER. — Presse médicale, 1906, n° 41.
-

